

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 24 juin 1892, à 1 heure

PAR

Gabriel MAURICE

Né à Jaulnay (Indre-et-Loire), le 5 mars 1867

Ancien interne de l'hôpital général de Tours

Lauréat de l'École de Médecine de Tours.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU DIAGNOSTIC
DES PRÉSENTATIONS DU SIÈGE

Président : M. PINARD, professeur.

Juges : } MM.
PEYROT, professeur.
RIBEMONT-DESSAIGNES, SEGOND, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, rue Racine, 15

1892

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 24 juin 1892, à 1 heure

PAR

Gabriel MAURICE

Né à Jaulnay (Indre-et-Loire), le 5 mars 1867
Ancien interne de l'hôpital général de Tours
Lauréat de l'École de Médecine de Tours.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU DIAGNOSTIC DES PRÉSENTATIONS DU SIÈGE

Président : M. PINARD, professeur.

Juges : { MM.
PEYROT, professeur.
RIBEMONT-DESSAIGNES, SEGOND, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE
15, rue Racine, 15

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	A. GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TILLAX.
Pharmacologie.....	G. POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBENE
Pathologie comparée et expérimentale.....	{ STRAUS
	{ G. SEE.
Clinique médicale.....	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ PETER.
	{ GRANCHER.
Clinique des maladies des enfants.....	BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	CHARCOT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	{ VERNEUIL.
	{ LE FORT.
Clinique chirurgicale.....	{ DUPLAY
	{ LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Cliniques d'accouchements.....	{ TARNIER
	{ PINARD

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, HARDY et PAJOT

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	GILBERT.	NETTER.	ROBIN Albert
BAR.	GLEY.	POIRIER, chef des	SCHWARTZ.
BLANCHARD.	HANOT.	travaux anatomiques	SEGOND.
BRISAUD.	HUTINEL.	POUCHET.	TUFFIER.
BRUN.	JALAGUIER.	QUENU.	VILLEJEAN.
CAMPENON.	KIRMISSON.	QUINQUAUD.	WEISS
CHANTEMESSE	LETULLE.	RETTÉTER.	
CHAUFFARD.	MARIE.	REYNIER.	
DEJERINE.	MAYGRIER.	RIBEMONT-DESSAIGNES	
FAUCONNIER.	NELATON.	RICARD.	

Le secrétaire de la Faculté ; CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 déc. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PINARD

Chevalier de la légion d'honneur

A MES MAÎTRES DE TOURS

Le diagnostic des présentations du siège est ordinairement chose facile, depuis surtout que les travaux de notre maître, M. le professeur Pinard, ont vulgarisé la connaissance approfondie du palper abdominal.

Il arrive cependant que ce diagnostic qu'il est très utile d'établir d'une façon certaine présente parfois de réelles difficultés. L'accoucheur pourra être heureux dans certains cas de pouvoir confirmer par quelque autre signe la presque certitude qu'il a acquise par le palper et le toucher.

Nous croyons donc que rien ne doive être négligé de ce qui peut aider ce diagnostic ; aussi entendant un jour M. Pinard indiquer un symptôme nouveau nous avons pensé pouvoir faire de ce point le sujet de notre thèse.

Nous ne prétendons pas avoir fait faire un grand pas à la science obstétricale mais nous serons heureux si quelquefois seulement nous avons pu faire affirmer un diagnostic passé inaperçu sans cela.

Nous serons heureux si nous avons fait transformer une présentation vicieuse du siège en une présentation du sommet, beaucoup plus favorable.

Qu'il nous soit permis, avant de commencer ce modeste travail de remercier tous nos maîtres et d'abord ceux de l'Ecole de Tours, MM. Duclos Louis Thomas et Hippolyte Thomas, Danner, Barnsby, Ledouble, Sainton dont la bienveillance a guidé nos premiers pas dans la carrière médicale. Nous

n'avons pas oublié leurs savantes leçons et nous tenons à leur témoigner ici notre reconnaissance.

Qu'il nous soit permis aussi d'adresser à M. le professeur Pinard nos remerciements les plus sincères pour avoir bien voulu accepter la présidence de notre thèse. Nous serons heureux plus tard de nous rappeler ses savantes leçons.

Merci à MM. Lepage, Varnier, Potocki, Oui, Wallisch, Bouffe de St-Blaise, pour les enseignements qu'ils nous ont donnés, toujours avec l'amabilité la plus parfaite.

Nous n'oublions pas non plus l'accueil gracieux de Mesdames les sages-femmes de la clinique.

Un souvenir enfin pour tous nos amis de la clinique Baudeloque.

Dans son traité du palper abdominal, M. le professeur Pinard s'exprime ainsi :

« Pendant la grossesse, lorsque la présentation est celle de l'extrémité pelvienne, les mains explorant l'excavation rencontrent cette excavation vide le plus souvent.

« Le siège avec ses caractères est presque constamment en rapport avec l'une des fosses iliaques, en partie au-dessus de l'excavation.

« L'extrémité céphalique se trouve au fond de l'utérus le plus souvent inclinée du côté opposé à la fosse iliaque occupée par l'extrémité pelvienne.

« Lorsque la tête est située sur la ligne médiane on la limite facilement. De plus, il est extrêmement facile, en imprimant une petite dépression brusque à la paroi abdominale en rapport avec cette partie fœtale, de produire et de percevoir le ballottement céphalique.

« Mais le signe caractéristique et pathognomonique de la présentation du siège est la constatation du sillon du cou. »

Nous l'avons entendu indiquer un symptôme nouveau que le palper permet aussi de percevoir.

Lorsque chez une femme ayant dépassé le sixième mois de la grossesse on porte la main sur le fond de l'utérus, on provoque parfois une sensation de vive douleur.

Dans ces cas, on peut presque affirmer qu'on vient de rencontrer une présentation du siège.

Il existe donc au fond de l'utérus une douleur provoquée, quelquefois spontanée, caractéristique de la présentation du siège. Cette douleur se perçoit ordinairement au point et au moment où l'on produit le ballotement céphalique.

Nous ne pensons pas que cette douleur ait été indiquée, ni surtout qu'on ait montré le rapport qui existe entre ce point douloureux et la présentation du siège.

Cazeaux (1), M. le professeur Tarnier parlent bien de douleurs inguinales fréquentes surtout à gauche, de douleurs lombaires, et de rhumatisme utérin.

Ils parlent même d'une douleur épigastrique, siégeant exactement à l'insertion des muscles abdominaux.

M. Budin et M. Chaignot ont indiqué à la fin de la grossesse une douleur subite, passagère, localisée, produite par la compression de l'ovaire entre la paroi abdominale et le dos du fœtus.

Nulle part il n'est question de douleur vive provoquée par la pression et ayant pour siège le point exact où l'on produit le ballotement céphalique.

Dans le cours de l'année que j'ai passée à la Clinique Baudeloque j'ai pu observer un grand nombre de présentations du siège et presque toujours j'ai constaté la présence de ce point douloureux.

Nous dirons :

1° Il existe une douleur spéciale siégeant au fond de l'utérus.

1. Tarnier, Budin, p. 211. Careaux, Tarnier 9^e édition, p. 527.
8. 9. Budin. Obstétrique et Gynécologie, page 383.

De nombreuses observations le prouvent.

2° Nous chercherons ensuite quelle est la cause de cette douleur, quelles sont les conditions qui la modifient.

3° Nous indiquerons enfin le diagnostic et le traitement.

1. Chaignot, thèse de Paris, 1879.

OBSERVATION I.

Siège mode des fesses. Version impossible. Abaissement prophylactique d'un pied. Douleur constante.

Le 26 juin 1891 entrain à la clinique Baudeloque, la nommée Angèle H..., primipar.

Le diagnostic porté fut: présentation du siège en sacro-iliaque gauche mode des fesses. Le siège était légèrement engagé. La version tentée à maintes reprises fut impossible. Le liquide amniotique était peu abondant.

Je constatai sur la ligne blanche à cinq centimètres de l'appendice xyphoïde à 13 cent. de l'ombilic une douleur très vive correspondant au point où le palper permettait de reconnaître la présence de la tête.

3 juillet. La douleur siège dans l'hypocondre droit à cinq centimètres de la ligne blanche, à égale distance de l'appendice xyphoïde et de l'ombilic.

La douleur persiste, augmente, et se produit même spontanément. La nuit cela l'empêche de dormir.

Le 1^{er} août elle entre en travail.

A ce moment la douleur siège sur la ligne médiane presque au niveau de l'appendice xyphoïde.

Lorsque la dilatation fut complète M. Varnier pratiqua l'abaissement prophylactique du pied gauche. Lorsqu'il introduisit la main pour aller à la recherche du pied, je constatai la douleur au niveau de la tête. Lorsqu'il eut abaissé le pied gauche l'engagement se fit, la tête s'abaissa. Je cherchai la douleur, elle n'existait plus et ne reparut pas.

L'enfant pesait 3020 gr. il avait 47 centimètres de longueur.
La circonférence O. M. mesurait 36, la circonférence O. F mesurait 34, la circonférence S. O. F mesurait 32.5, la circonférence bitrochanterienne 32.

OBSERVATION II.

Cinquième grossesse. A trois des grossesses précédentes, le fœtus se présente par le siège. La douleur est constatée à ces trois fois.

Marie Ch. 25 ans. Entrée à la clinique, grosse pour la cinquième fois. Les dernières règles avaient paru le 20 décembre 1890.

Le 27 août 1891, elle entre à la clinique de la rue d'Assas parce que, dit-elle, elle devinait que l'enfant ne devait pas bien se présenter.

Elle tirait cette conclusion de la présence d'un point douloureux qu'elle ressentait à la partie supérieure de l'abdomen, cette douleur elle l'avait déjà perçue plusieurs fois et en effet elle me raconte que lors de sa deuxième grossesse on avait pratiqué sur elle la version externe à la rue d'Assas.

A sa 3^e grossesse on avait fait aussi deux fois la version.

A sa 4^e grossesse, version également.

Le 7 novembre 1891 elle entre à Baudeloque et fait remarquer qu'elle perçoit la douleur déjà ressentie à son entrée rue d'Assas le 27 août, douleur disparue du reste aussitôt après la version.

Mlle Vaillant constate la présentation du siège, fait la version et la douleur disparaît. Mais quelques jours après, me dit la femme, la douleur reparut lui faisant sentir que l'enfant avait dû se déplacer.

En effet nouvelle version le 25 septembre, ceinture eutocique. Disparition de la douleur.

La présentation du sommet se maintient cette fois jusqu'à l'accouchement.

OBSERVATION III.

Très petite quantité de liquide amniotique. Version impossible. Douleur vive qui augmente en approchant du terme.

Le 26 décembre 1891 entre à la clinique la nommée G..., 17 ans 1/2.

D R. 16 avril.

H U. 31 centimètres.

On constate une douleur très vive à la pression siégeant au creux épigastrique, à la pointe de l'appendice xyphoïde. La douleur est plus vive lorsqu'elle est assise, on porte le diagnostic de siège complet.

La quantité de liquide est très peu considérable et la version est impossible. Les parois utérines sont tendues, le diagnostic par le seul palper est difficile.

Je suis cette femme pendant plus de quinze jours et la douleur va en augmentant.

Elle disparaît aussitôt après l'accouchement.

OBSERVATION IV.

Syphilis. Enfant mort et macéré. Douleur.

Mme B..., secondipare. Première grossesse, l'enfant vient par le sommet.

2^e grossesse. D. R. août 1891. Entrée à la clinique le 26 décembre. H, U. 30 centimètres.

Il y a quinze jours qu'elle ne sent plus remuer son enfant. Mais elle ressent une douleur très vive dans un point de l'hypocondre droit lorsqu'on exerce la moindre pression sur ce point.

L'accouchement que je fis moi-même se fit par le siège environ un mois après. A ce moment la douleur était très diminuée mais l'enfant était dans un état extrême de macération et le liquide avait augmenté un peu.

OBSERVATION V.

Présentation du siège. Douleur très vive, spontanée, augmentée par la pression. Disparaît avec la version.

Présentation du siège en S. I G T mode des fesses.

Léontine L... 21 ans IV par, entre à la clinique parce que dit-elle, il se présente au cours de sa grossesse actuelle quelque chose d'anormal qui ne devait pas exister dans le cours de ses trois premières grossesses.

En effet elle ressent à droite et dans l'hypocondre un point douloureux. La douleur très vive à la pression s'exagère avec les mouvements du fœtus.

Le diagnostic de présentation du siège fut fait.

M. Potocki fit la version, la douleur disparut.

La présentation du siège ne se produisit plus.

OBSERVATION VI

Fœtus très mobile. Douleur tantôt à gauche tantôt à droite.

Le 27 juillet 91 la nommée V. venait à la consultation de la clinique.

L'élève qui l'examinait fut surpris de ne pouvoir appuyer sa main sur la région égastrique de cette femme sans provoquer une vive douleur. Il me fit part de cette remarque et je diagnostiquai sans examen une présentation du siège, ce que le palper me permit de confirmer.

Je trouvai la tête dans l'hypocondre gauche.

Quelques instants après je palpai de nouveau cette femme pour constater encore une fois ce point douloureux que j'avais trouvé à gauche, mais je ne provoquai plus aucune douleurs. Portant alors ma main à droite je perçus de nouveau la douleur et je produisis en ce point le ballotement.

La version fut pratiquée et la douleur disparut.

OBSERVATION VII

Siège mode des fesses. Douleur légère.

Le 24 septembre 91 entre la nommé Léonie Th., 28 ans, primipare.

D. R. fin décembre.

L'examen permet de porter le diagnostic de présentation du siège mode des fesses. Quantité de liquide assez considérable.

On constate au creux épigastrique une douleur légère qui s'accroît sous l'influence des pressions.

La version fait disparaître la douleur.

OBSERVATION VIII.

*Présentation du siège à une première grossesse. Douleur,
Grossesse actuelle S. I. G. T. douleur très vive.*

B..., III par.

Lors de son deuxième accouchement, en février 90, l'enfant se présentait par le siège et la femme se souvient très bien d'une douleur très vive qui siégeait dans l'hypocondre gauche.

Elle est maintenant au cours de la troisième grossesse.

DR. Octobre 90 H. U. 37. On trouve une présentation du siège en S.I.G.T. et l'on constate dans l'hypocondre gauche au niveau de la tête la douleur caractéristique.

Là encore la version fit disparaître cette douleur.

OBSERVATION IX.

*Siège mode des fesses. Enfant petit, liquide amniotique
abondant. Douleur peu vive*

Au dortoir des femmes enceintes au n° 22 se trouvait une primipare chez laquelle on porta le diagnostic de présentation du siège. mode des fesses.

Je constatai une douleur peu vive à la pression au niveau de ce qu'elle appelait la « boule » qu'elle avait au fond du ventre.

Le fœtus était peu volumineux. La tension des parois était assez considérable, le liquide amniotique abondant.

La version pratiquée, la douleur disparut avec elle.

OBSERVATION X.

Tertipare à la troisième grossesse, présentation du siège. — Douleur. — A la quatrième grossesse SIDT, douleur vive.

Femme de 31 ans, au cours de sa quatrième grossesse. Les deux premières grossesses furent normales. Les fœtus vinrent par le sommet. Dans le cours de sa troisième grossesse, l'enfant se présenta par le siège. Elle perçut alors une douleur vive au niveau de la tête.

Aujourd'hui, 16 septembre 1891, elle entre à la Clinique. On trouve une présentation du siège en droite transverse.

Je perçois dans l'hypocondre gauche une douleur très vive à la pression et siégeant au niveau de la tête.

OBSERVATION XI.

Siège. — Douleur très vive.

Françoise L. primipare, Présentation du siège S.I.D.T. Douleur vive au fond de l'utérus dans l'hypocondre gauche.

Version, disparition de la douleur.

OBSERVATION XII.

Siège droite transverse. Douleur au fond de l'utérus.

Marie G... 20 ans, primipare DR. 8 mars.

Siège en S. I. D. T. mode des fesses. Douleur très vive, disparue par la version.

OBSERVATION XIII.

Présentation du siège. — Diagnostic fait à l'aide de la douleur, confirmé par le palper.

Le 17 juillet 1891 entrant à la clinique une secondipare de 28 ans, sa première grossesse n'avait rien présenté de remarquable.

Je l'examinai.

Au moment où je portai ma main au fond de l'utérus la femme se plaignit d'une vive douleur. Je diagnostiquai une présentation du siège, ce que le palper confirma.

La version fit disparaître la douleur.

OBSERVATION XIV.

Présentation et expulsion par le siège. La douleur devient plus vive à mesure que le terme de la grossesse approche.

Stéphanie P... dortoir n° 6. Présentation du siège.

Je constate au fond de l'utérus sur un espace large environ comme une pièce de cinq francs une douleur, très vive localisée à 7 centimètres de la pointe xyphoïdienne à 5 centimètres de la ligne blanche.

Le 25 mai 1891, version par manœuvres externes, la douleur disparaît, mais la présentation du siège se reproduisit, la version fut impossible et la femme expulsa un fœtus qui se présente par le siège.

Dans les derniers jours la douleur est très vive dans la position assise, plus vive encore au palper. L'ingestion des aliments n'a aucune influence sur son intensité.

Je pourrais citer encore un grand nombre d'observations prises par moi ou recueillies dans les registres de la clinique Baudeloque. Dans toutes j'ai pu constater cette douleur au fond de l'utérus, mais toutes ces observations se ressemblent et je crois qu'il sera plus intéressant de passer à une autre question et de chercher :

1° Quelle peut être la cause de cette douleur.

2° Quelle sont les conditions qui peuvent la modifier.

3° Est-elle constante et toujours due à la présence de la tête

Il existe dans les présentations du siège une douleur spéciale, caractéristique, localisée au fond de l'utérus.

Les observations qui précèdent le démontrent.

Nous allons chercher maintenant à expliquer la cause de cette douleur.

Dans toutes nos observations nous voyons que à chaque fois qu'on a pratiqué la version, qu'on a changé la tête de position la douleur du fond de l'utérus a disparu. *La présence de la tête au point où l'on produit le ballotement est donc nécessaire pour que la douleur existe.*

Voilà un fait qui nous semble aussi bien établi.

Mais si ce phénomène est dû à la présence de la tête au fond de l'utérus comment cela se fait-il.

Voici ce que nous croyons pouvoir conclure et tel est du reste l'avis de M. le professeur Pinard.

Lorsque la tête est en haut, cette masse arrondie, plus volumineuse que toutes les autres parties fœtales, distend d'une façon irrégulière le segment supérieur de la paroi utérine et cette distension pourrait bien être la cause de la douleur.

Beaucoup de conditions du reste peuvent modifier l'intensité de cette douleur et même sa production.

Puisque la douleur semble avoir pour cause la distension irrégulière d'un segment de paroi utérine il paraît logique de tirer des conclusions de ce fait : Lorsque pour une raison quelconque il n'y aura pas distension irrégulière, la douleur ne devra pas se produire ou tout au moins être très légère.

Ainsi lorsque la tension des parois utérines sera considérable, lorsque la quantité de liquide sera plus grande que dans les cas normaux, la tête ne se trouvera plus en contact avec la paroi qu'en un point au lieu d'une surface étendue et la douleur disparaîtra ou sera très légère.

La clinique semble confirmer cette idée, et voici deux observations, par exemple :

OBSERVATION XV

Au dortoir des femmes enceintes, au n° 24, se trouvait une primipare. L'enfant peu volumineux se présentait par le siège. Je trouvai une quantité de liquide considérable et une tension presque continue des parois de l'utérus. Je ne constatai qu'un point douloureux à peine sensible, très peu caractéristique mais coïncidant toujours avec la présence de la tête.

OBSERVATION XVI.

Femme du dortoir n° 8. Entrée le 5 avril 1892. Présentation du siège, hydropisie de l'amnios très manifeste, pas de douleur. La femme est très affirmative sur ce point.

La douleur sera également moins vive lorsque la tête sera peu volumineuse, tandis qu'elle s'exagérera si cette tête est très grosse.

De même aussi nous voyons dans les observations I et XIV la douleur devenir de plus en plus vive à mesure que la grossesse approche du terme, que le liquide amniotique diminue, tandis que la tête fœtale augmente de volume.

La flaccidité des parois utérines due aux grossesses antérieures pourra aussi être la cause d'une atténuation de la douleur.

Nous avons pu observer ce fait chez un certain nombre de femmes au cours de leur 4^e ou 5^e grossesse.

D'après ce qui précède on voit que parfois la douleur s'atténue et même disparaît. Nous avons essayé d'en indiquer quelques causes. Mais nous devons dire aussi pour être exacts que dans certains cas, de présentation du siège chez des primipares alors que l'enfant était assez volumineux, que la quantité de liquide était normale nous n'avons constaté aucune douleur.

C'est là, nous le savons, la principale objection qu'on nous fera. Mais de ce fait que parfois cette douleur n'existe pas, ce n'est pas une raison pour dire que le fait est faux et que ce symptôme n'aidera pas au diagnostic des présentations du siège. Nous l'avons constaté plus de 70 fois sur 100, il nous semble que cela est suffisant pour le signaler.

Nous donnerons enfin un dernier fait. Nous avons une fois seulement sur plus de 2000 cas vus à la clinique, constaté une douleur au fond de l'utérus alors que l'enfant se présentait par le sommet.

Voici l'observation :

OBSERVATION XVII.

Maria F..., primipare, 32 ans, présentation du sommet O I D T non engagé.

A la fin de mai 1891 la femme se plaint d'une douleur très vive au niveau de l'épigastre. Cette douleur est spontanée et siège en un point fixe sur la ligne blanche à 12 centim. de l'ombilic et tellement vive qu'elle empêche la femme de dormir.

La femme présente de plus un point douloureux ovarique et un point inguinal gauche.

Elle accouche le 13 juillet d'un enfant de 3100 gr.

La douleur persiste quelques jours après l'accouchement.

Voilà, dira-t-on, une observation qui est contraire à toutes les autres. Non, car j'ajouterai que la douleur n'avait pas tous les caractères habituels, elle était fixe, elle persista après l'accouchement et nous pourrions bien nous être trouvé en présence d'un cas de rhumatisme utérin.

Nous ne dirons que quelques mots du diagnostic. On se tromperait peut-être en prenant pour une douleur gastralgique ce qui est dû à une autre cause. Du reste, la mobilité de la douleur, l'absence d'autres symptômes gastriques et surtout la disparition de la douleur par la version ne permettront pas d'hésiter un instant.

Il en sera de même pour le rhumatisme utérin. Nous ne confondrons pas non plus cette douleur sans pression, occupant soit l'utérus entier, soit un point localisé, changeant de place pour aller affecter un autre organe, accompagnée souvent de ténésme vésical et rectal et quelquefois d'un léger accès de fièvre au moment de la douleur.

Le traitement sera très simple. Il est bien entendu qu'on ne s'adressera ni aux calmants ni révulsifs. Une seule mé-

dication sera utile : ce sera la version par manœuvres externes.

Si la version est impossible, on fera prendre patience à la femme en lui assurant que l'expulsion du produit de conception mettra un terme à ses douleurs.

CONCLUSIONS

1° Dans les présentations du siège on constate au fond de l'utérus une douleur caractéristique.

2° Cette douleur est dûe à la présence de la tête au fond de l'utérus. Elle est produite par la distension irrégulière du segment supérieur par cette tête.

3° Diverses conditions peuvent atténuer ou augmenter l'intensité de cette douleur.

Sa présence n'est pas absolument constante, on la trouve dans les trois quarts des cas.

4° Le traitement est la version par manœuvres externes qui fera disparaître cette douleur.

VU :

Le président de la thèse,
PINARD.

VU :

Le doyen,
BROUARDEL.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

